



**SANCOOP – Cooperativa de Trabalho dos Médicos e Profissionais da
Área de Saúde do Norte de Minas LTDA**

CNPJ: 00729281/0001-18

ENDEREÇO: R. Coronel Luiz Pires, nº 176 - 1º andar, Centro, Montes Claros - MG | CEP: 39400-106

FICHA DE MATRÍCULA DO COOPERADO		Matrícula N°	
PREENCHIMENTO PELO COOPERADO			
Nome:			
Conselho:	N° do Conselho:	Data de Emissão: / /	
CPF:	CI:	Órgão Emissor: Data de Emissão: / /	
N° do INSS:	N° do ISS:	N° do CNS:	
Data de Nasc.:	Município de Nasc.:		
UF:	Nacionalidade:		
RNE (Registro Nacional de Estrangeiro):	Órgão Emissor:	Data de Emissão: / /	
Data de Chegada no Brasil: / /	Naturalização: Casado com Brasileiro () Filhos Brasileiros ()		
E-mail: _____			
DECLARAÇÃO: O cooperado se declara CIENTE e DE ACORDO que o endereço de e-mail acima indicado será utilizado para a remessa de informações sobre como obter, anualmente, o informe de rendimentos para o ajuste do imposto de renda da pessoa física, conforme autorizado pela Receita Federal, ficando a cooperativa dispensada do envio da via impressa. Cabe ao cooperado sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, informar à Cooperativa sobre eventual alteração do seu endereço eletrônico, bem como dos demais dados desta Ficha de Matrícula.			
Raça/Cor: () Branco () Pardo () Negra () Amarelo () Indígena () Não informado	Classificação da condição do trabalhador estrangeiro no Brasil: () 1 Visto permanente; () 2 Visto temporário; () 3 Asilado; () 4 Refugiado; () 5 Solicitante de Refúgio; () 6 Residente em país fronteiro ao Brasil; () 7 Deficiente físico e com mais de 51 anos; () 8 Com residência provisória e anistiado, em situação irregular; () 9 Permanência no Brasil em razão de filhos ou cônjuge brasileiros; () 10 Beneficiado pelo acordo entre países do Mercosul; () 11 Dependente de agente diplomático e/ou consular de países que mantém convênio de reciprocidade para o exercício de atividade remunerada no Brasil; () 12 Beneficiado pelo Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa.	Grau de Instrução: () Educação Superior em Andamento () Pós Graduação () Educação Superior Completa () Mestrado em Andamento () Mestrado Completo () Doutorado em Andamento () Doutorado Completo	Deficiência: () Física () Auditiva () Visual
Como podemos nos comunicar com você? () E-mail () Whatsapp () Correspondência			
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
Dados Bancários: SICOOB CREDICOM			
Banco n°:	Agência:	Conta Corrente:	

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua: _____ n°: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____

Tel: _____ Celular: _____

ENDEREÇO COMERCIAL

Rua: _____ n°: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ UF: _____ Tel: _____

SEXO:

- Masculino
 Feminino

ESTADO CIVIL:

- Solteiro Desquitado/Divorciado
 Casado Viúvo
 Separado

DESLIGAMENTO / DATA

INFORMAÇÕES PARA IMPOSTO DE RENDA

Quantidade de dependentes do IR: _____

Nome do Dependente: (escrever na linha abaixo)	CPF:	Grau de Parentesco:	Data de Nascimento:

Autorizo o fornecimento de minhas informações financeiras, via telefone mediante a confirmação do CPF e do Conselho: () Sim () Não

Já recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade? ___ Sim ___ Não

COOPERADO

ESPECIALIDADE:

ÁREA DE ATUAÇÃO:

DECLARO estar ciente de que este documento é um requerimento de ingresso, sujeito à verificação posterior dos requisitos estatutários para a minha admissão como cooperado(a), admissão esta que somente se efetivará, para todos os fins de direito, na data da assinatura do(a) Presidente(a) da cooperativa, abaixo, ou do seu substituto estatutário, quando este documento se tornará FICHA DE MATRÍCULA. DECLARO, ainda, que me foi dado pleno conhecimento do Estatuto desta Cooperativa, o qual me obriga a cumprir.

Data: / /

Assinatura:

CAPITAL SOCIAL -

Valor integralizado corresponde à R\$ _____ (_____), conforme Contrato Social

LOCAIS ONDE PRESTARÁ ATENDIMENTO

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospital Aroldo Tourinho | <input type="checkbox"/> Hospital Prontosocor | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Santa Casa de Montes Claros | <input type="checkbox"/> Hospital Mario Ribeiro | |
| <input type="checkbox"/> Hospital Dilson Godinho | <input type="checkbox"/> Hospital das Plásticas | |
| <input type="checkbox"/> Otorrino Center | <input type="checkbox"/> Consultório | |

Local onde deseja receber correspondências

() Residencial () Comercial

Diretor Presidente

Diretor Administrativo

Data: / /

Assinaturas do Conselho Técnico Científico de Admissão